

*Грынцевич Р.Г.*

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Манкевич Р.Н.*

*Кафедра детских инфекционных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Клещевой боррелиоз (КБ) протекает с преимущественным поражением кожных покровов, нервной системы, сердца, опорно-двигательного аппарата. Мигрирующая кольцевидная эритема (МЭ), которая появляется в месте укуса иксодового клеща, считается патогномоничной для стадии локализованной инфекции КБ и наблюдается, по данным разных исследователей, у более чем 70% больных.

**Цель:** оценить клинико-лабораторные особенности течения клещевого боррелиоза у детей с на современном этапе.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования явились 66 медицинских карт стационарного пациента (35 девочек и 31 мальчик) в возрасте от 1 до 17 лет, проходивших лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» с 2017 по 2022 гг. с диагнозом «Клещевой боррелиоз». Верификация диагноза проводилась на основании наличия МЭ и методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови с обнаружением иммуноглобулинов (Ig) класса М и G. Полученные данные обработаны методами математической статистики с использованием программного комплекса STATISTICA 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе проведенного исследования было установлено, что первая стадия КБ встречалась у 66,7% пациентов, вторая – у 13,6%, и только у двух детей была выявлена третья стадия КБ (3%). У пациентов с МЭ в 50% случаев был зафиксирован укус клеща, с наибольшей частотой в летний период (в июле и августе - по 22,7%), что связано с периодом наибольшей активности иксодовых клещей. Почти у половины пациентов, отрицавших укус клеща, на коже была обнаружена папула в центре эритемы, которую можно расценивать как след от укуса насекомого. Среди пациентов с МЭ у 37,1% в крови не обнаружены антитела к боррелиям. По данным ИФА противоборрелиозные антитела класса IgM были положительны у 28,6% пациентов, IgG – у 14,3% пациентов, одновременно IgM и IgG – у 20% пациентов. При этом срок появления кольцевидной эритемы варьировал от 2 до 45 дней (в среднем –  $12,7 \pm 2,8$  дней). Наиболее частой локализацией эритемы была нижняя конечность (42,3%). У большинства пациентов со II стадией клещевого боррелиоза было выявлено: рецидивирующие артралгии, у двух пациентов - невралгия лицевого нерва и у одного пациента нарушения проводимости сердца (АВ-блокада I степени). Для пациентов в дебюте заболевания были характерны: нормотермия ( $36,7 \pm 0,1$  °C) и регионарная лимфаденопатия (31,7% пациентов). По данным гемограммы на момент поступления у обследованных у большинства пациентов количество лейкоцитов составляло в среднем  $8,14 \pm 0,56 \times 10^9$ /л, и только у 27,3% пациентов наблюдался лейкоцитоз. Изменений в лейкоцитарной формуле не выявлено, среднее значение СОЭ -  $8,1 \pm 0,6$  мм/ч. В биохимическом анализе крови наблюдалось незначительное повышение уровня С-реактивного белка ( $7,4 \pm 2,9$  мг/л). 61,4% пациентов получали лечение амоксициллином, 25% - доксициклином и по 4,5% - цефуроксимом, цефтриаксоном и цефотаксимом. В среднем на  $6,32 \pm 0,36$  сутки при антибиотикотерапии (АБТ) эритема исчезла.

**Выводы:** антитела к боррелиям по данным ИФА у пациентов с МЭ выявлялись в 63% случаев, при этом у большинства из них определялись IgM. В клинической симптоматике МЭ характерным было отсутствие температурной реакции и наличие регионарной лимфаденопатии. Наиболее частой локализацией являлись нижние конечности. У пациентов со II стадией КБ чаще всего встречались артралгии. Для КБ не характерен лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ. Исчезновение мигрирующей эритемы на фоне АБТ наблюдалось в течение недели.